

Méningites à LCR clair

R. Ait Hamouda

INTRODUCTION

**Ensemble de méningites et des méningo-encéphalites
Communautaires
se caractérisant par un aspect macroscopique clair du LCR.**

Étiologies diverses :

- bactériennes,
- virales,
- parasitaires,
- mycosiques,
- néoplasiques...

Majorité bénignes : virales

**Autres : graves et engagent le pronostic vital: tuberculose
Tout âge, mais la distribution est fonction de l'étiologie.**

INTRODUCTION

Défi du médecin est d'arriver à un diagnostic

- **par des arguments anamnestiques, cliniques, biologiques**
- **en commençant par éliminer les étiologies graves (tuberculose, herpes...).**

CLINIQUE

La symptomatologie est très variable et fonction de l'étiologie.

**Peut être riche : Sd méningé ou méningo-encéphalitique :
associé à un Sd infectieux.**

**Peut être pauvre :
une fièvre et un Sd méningé plus ou moins franc**

La PL retire un liquide clair (transparent, eau de roche).

**La clarté du LCR est fonction de la cellularité (<500 éléments/mm³)
et du taux de protéines.**

L'étude de sa composition est essentielle à la démarche diagnostique.

LCR

1. le LCR est clair

est de composition normale :

Eau de roche, cytologie < 10 élts/mm³ ,
albumine (0.20-0.30 g/l), glucose (0.5-0.6g/l).

Méningisme qui peut s'observer au cours d'une infection quelconque.

2. Riche en éléments (plus de 10 éléts/mm³).

Etiologies : diverses (virales, bactériennes, parasitaires mycosique...).

La majorité sont virales et bénignes (MLAB)

d'autres : graves (tuberculose, listériose, herpes).

La nature des éléments, l'albuminorachie, la glycorachie, la NFS, la CRP sont indispensables pour une première approche diagnostique

LCR

1. Lymph + hypoglyco + hyperalbuminorachie : TBC, listériose

2. Lymph + albu nl ou peu élevée + glyco normale, CRP normale, leucocytose normale : virale probable, listériose, Palu, lepto...)

3. Panachée (PNN et lympho) + hypoglyco + hyperalbu : listériose, TBC

4. PNN + hypoglyco + hyperalbu, CRP élevée + hyperleucocytose: bactérienne débutante ou décapitée ,TBC, listériose

5. PNN intacts + glyco normale + albumine normale ou peu élevée : réaction méningée à une suppuration de voisinage (abcès, mastoïdite.)

ETIOLOGIES

ETIOLOGIES VIRALES

Fréquence+++

Epidémie saison

Enfants et les nourrissons.

Etiologie : diverses

.

Le tableau clinique : brutal fait

Sd méningé souvent franc, + Sd infectieux

signes orientant vers une étiologie virale

(ADPhies, SPMG, éruption, arthralgies, myalgies, parotidite, Sd grippal...).

TB de la conscience, convulsions réalisant une méningo-encéphalite ,

Le caractère épidémique saisonnier est également important.

ETIOLOGIES VIRALES

Le LCR est clair avec une hypercytose (20-500 éléts) de nature lymphocytaire

- **peut être à polynucléaires au début),**
- **l'albumine est normale ou peu élevée,**
- **la glycorachie normale .**

La biologie :

NFS : pas d'hyperleucocytose neutrophile.

Lymphocytose, Sd mononucléosique.

la CRP est normale ou peu élevée.

ETIOLOGIE VIRALES URGENTES

La Méningo-encéphalite herpétique +++:

Encéphalite nécrosante

Lobes temporaux, et frontaux

Grave , mortalité +++ séquelles. +++

Se rencontre chez l'enfant et l'adulte.

Tableau brutal fait de fièvre,

de signes encéphalitiques (convulsions, délire, désorientation, hallucinations...).

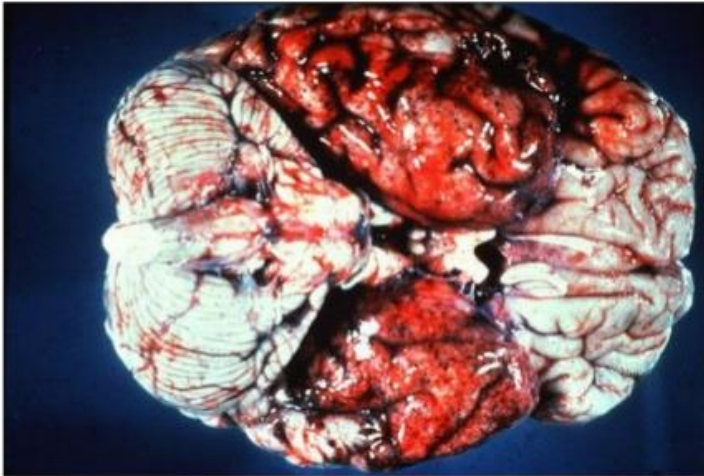
Diagnostic :

EEG (ondes lentes temporales) ,

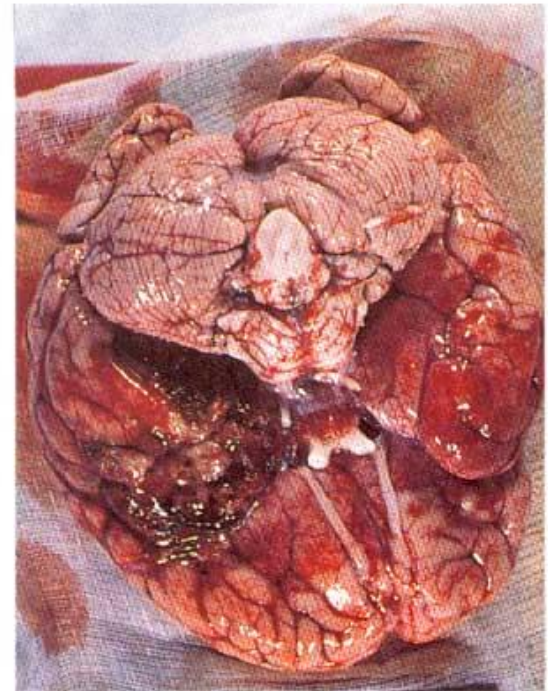
TDM (images hypodenses de nécrose en cocarde, effet de masse)

PCR herpès , dosage de l'interféron dans le LCR

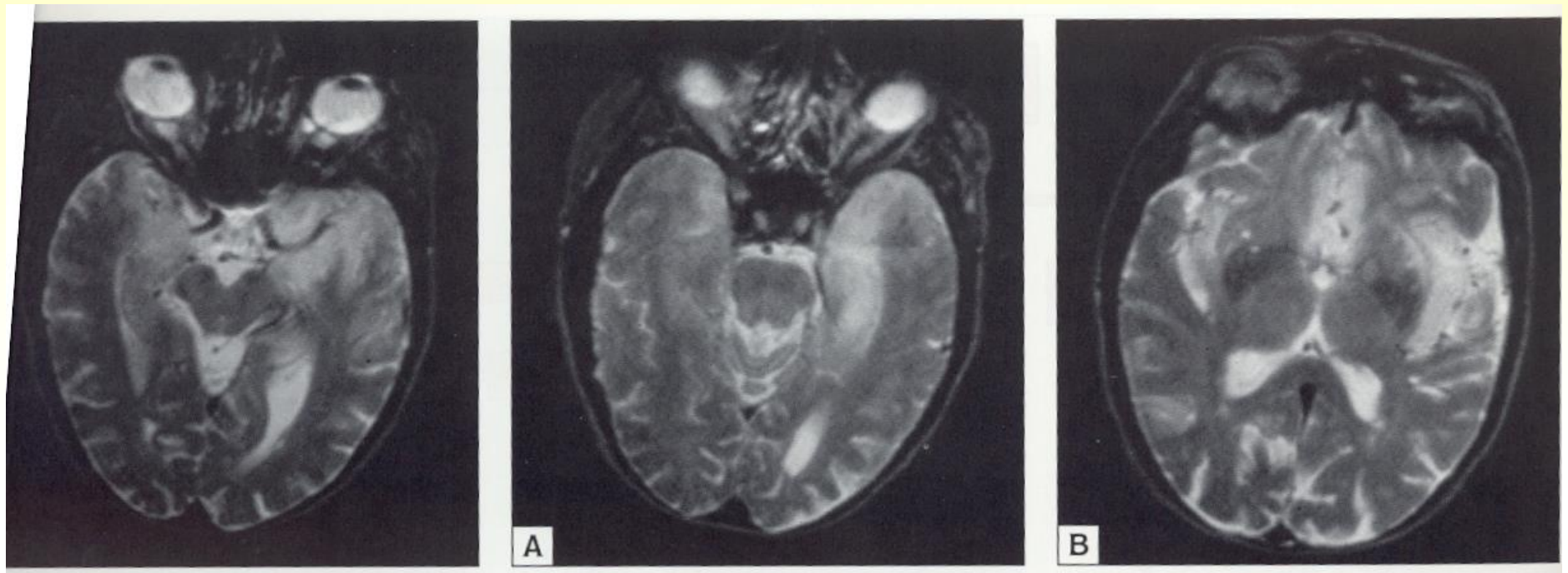
Traitement : Acyclovir en perfusion (10 mg/kg/8h) 15-21j



**Méningo-encéphalite herpétique :
encéphalite nécrosante spontanément
mortelle...**



encéphalite nécrosante



Méningo-encéphalite herpétique: atteinte temporale en IRM

ETIOLOGIES VIRALES FREQUENTES

Les entérovirus :

COXACKIESVIRUS et ECHOVIRUS : plus fréquents.

Epidémies saisonnières chez les enfants et les nourrissons.

Iran, Azzazga, BBA, Setif, Batna 2003

La méningite et d'évolution généralement favorable.

Les poliovirus : PAA.

Le fréquence de la PAA a nettement diminuée en Algérie

Début comme méningite lymphocytaire

avant que n'apparaissent les paralysies périphériques.

D'autres types de poliovirus peuvent provoquer des méningites.

AUTRES VIRUS

Les myxovirus :

Le virus ourlien fréquente du groupe des myxovirus.

La méningite est contemporaine de la parotidite.

Les oreillons: surtout les enfants, adolescents.

Début brutal, fièvre, et une parotidite bilatérale.

la rougeole : méningo-encéphalite (J5-J7) après l'éruption.

la grippe : rare

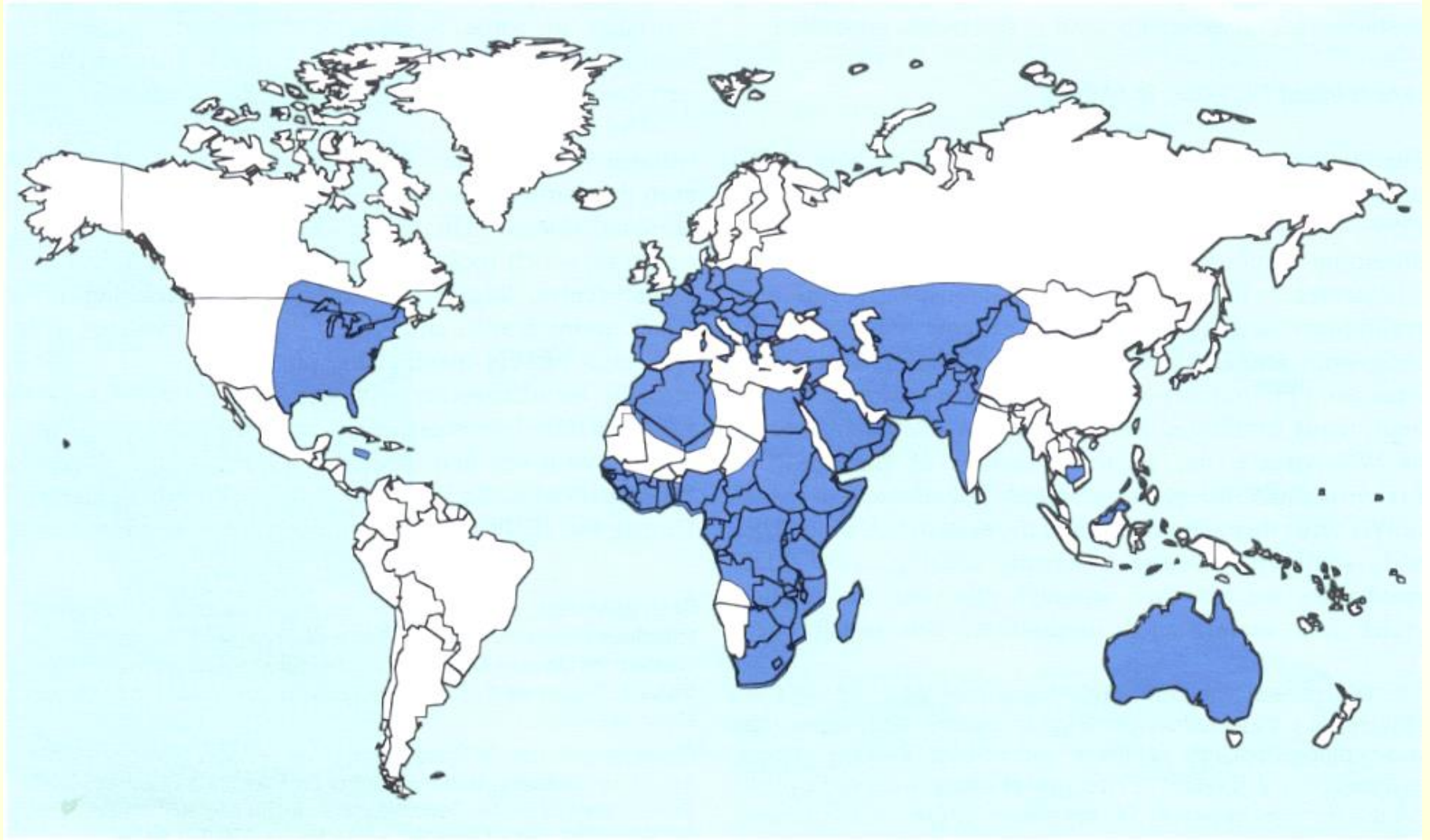
Autres virus :

HIV : primo-infection, +++

West Nile+++

MNI, hépatites,

Rage



West Nile virus (Lancet ID 2002)

ETIOLOGIES BACTERIENNES

Certaines méningites bactériennes : Aspect de méningites à LCR clair

- de nature lymphocytaire,
- polynucléaire
- ou à formule mixte.

Dans la plupart des cas,

**l'albuminorachie est élevée,
le glucose est bas,
la CRP est élevée.**

Graves et urgentes doivent être évoquée en premier :

La méningo-encéphalite tuberculeuse

rare dans les pays développés,

Fréquente où la couverture vaccinale par le BCG est insuffisante.

C'est la forme la plus grave de la tuberculose. +++

Toujours secondaire à une TBC pul, miliaire, une spondylodiscite +++

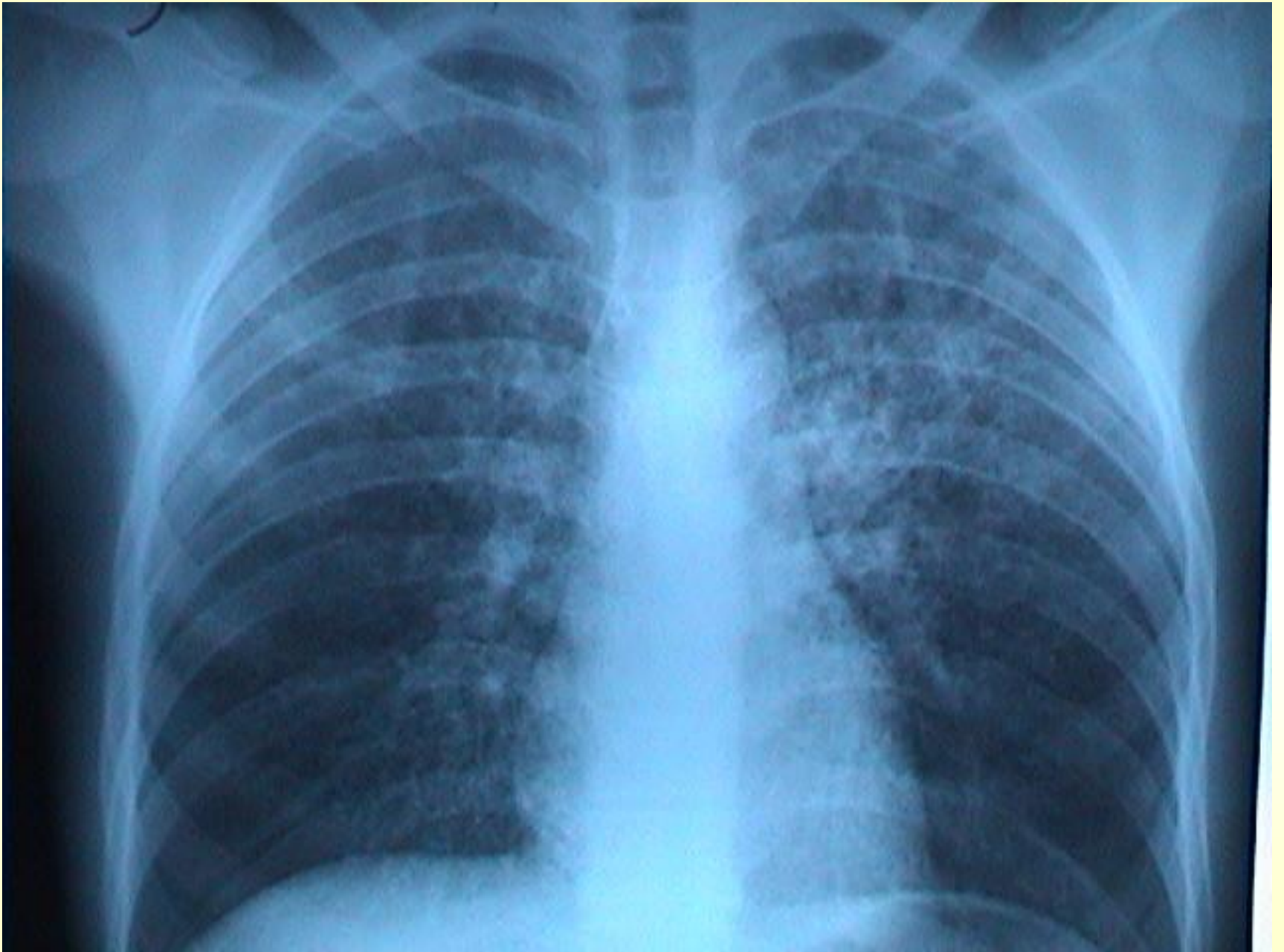
Clinique : le tableau est progressif :

état fébrile vespéral, anorexie, amaigrissement, des céphalées rebelles, une insomnie, une altération de l'état général.

Signes neurologique fréquents :

trouble de la conscience, convulsions,

paralysie des paires crâniennes ,VII+++), déficit moteur.



La méningo-encéphalite tuberculeuse

LCR :

clair légèrement hypertendu, 30-500 éléts/mm³ lympho (PNN au début),

albuminorachie élevée, et surtout une hypoglycorachie (++++)

Diagnostic :

NFS : leucocytose normale

IDR : positive

Rx poumons : recherche de lésions pleuro-pulmonaire (caverne, pleurésie, miliaire)

Recherche de BAAR : ED et culture (paucibacillaire), PCR BK dans le LCR, les urines

Traitement antituberculeux au moindre doute

LA LISTERIOSE

La méningite listérienne peut prendre trois aspects :
aspect de méningite purulente,
aspect de méningite virale lymphocytaire,
et aspect de méningo-encéphalite tuberculeuse.

le diagnostic : isolement de *listéria monocytogenes*
dans le LCR
ou par hémoc

Traitement : amoxicilline 200 mg/k/j + gentamycine 2-3 mg/j (21j)
BACTRIM

Méningites bactérienne décapitées

décapitées par un traitement ATB

traversant la barrière méningée mais à posologie et durée insuffisante.

Le LCR est clair mais fait de polynucléaires.

L'albumine est élevée, la glycorachie basse.

Le germe est absent (examen direct, culture).

Le diagnostic est redressé par

la clinique,

la recherche d'Ag solubles dans le LCR.

PCR

ETIOLOGIES

Réactions méningées à un foyer de voisinage :

Une réaction méningée :

thrombophlébite cérébrale,

un abcès cérébral, un empyème...

ce sont des réactions méningées à un foyer de voisinage.

Le tableau clinique associe un SD méningé plus ou moins franc

à des signes encéphalitiques, de localisation.

LCR est clair à polynucléaires intacts.

La TDM en urgence

AUTRES ETIOLOGIES

Les leptospirose

Atteinte méningée est constante biologiquement même si elle manque cliniquement.

Elles doivent être évoquées devant l'association d'un syndrome hépato-rénal, hémorragique chez une personne exposée. Le diagnostic est sérologique.

La brucellose :

Peu fréquente.

l'atteinte méningée noyée dans un tableau de méningo-myélo-radculite. Le diagnostic est évoquée devant un contexte d'exposition et confirmé par les hémocultures et la sérologie (sérodiagnostic de Wright dans le sang et dans le LCR).

AUTRES ETIOLOGIES

Autres bactéries :

La syphilis :

Atteinte méningée peut s'observer au cours de la phase secondaire.
Le diagnostic est sérologique (TPHA dans le sang et dans le LCR)

La maladie de Lyme :

borréliose transmise par les tiques.

Peut être responsable d'atteinte méningée à la phase secondaire

ETIOLOGIES PARASITAIRES et MYCOSIQUES

Accès pernicleux : du à *P.falciparum*.

réalise une méningo-encéphalite grave à évoquer devant tout trouble de la conscience, ou signes méningés au retour d'un voyage en zone impaludée.

Trypanosomiase ou maladie du sommeil : se rencontre en Afrique centrale

Toxoplasmose cérébrale : méningo-encéphalite

avec image de nécrose en cocarde et effet de masse à la TDM ou à l'IRM.

Se rencontre chez les sujets VIH + au stade de SIDA.

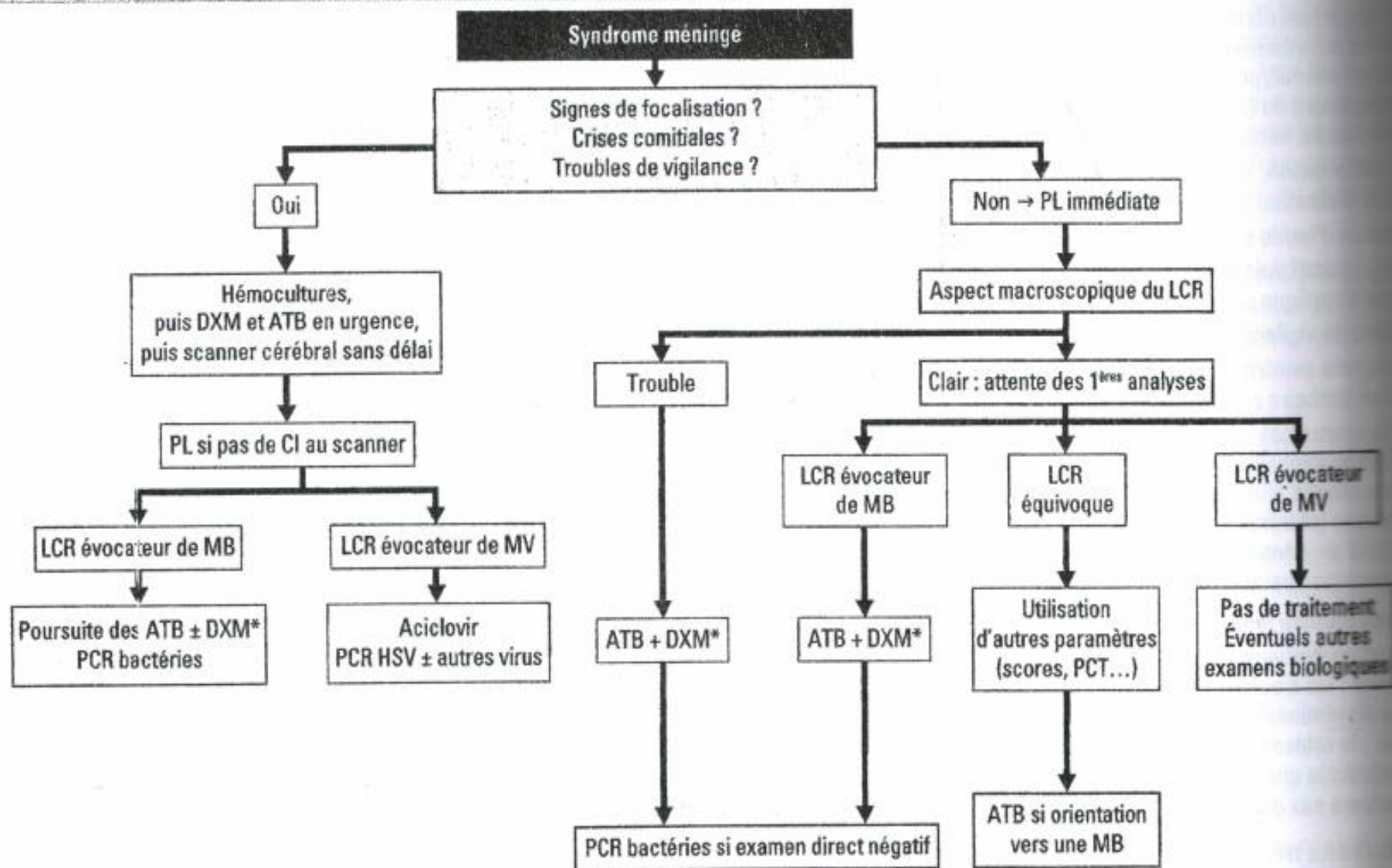
Cryptococcose : à *Cryptococcus neoformans*

observée chez les patients VIH + au stade SIDA

Méningites cancéreuses :

leucoses aiguë, hémopathies, métastases vertébrales...

F37-2 : Algorithme décisionnel devant un syndrome méningé fébrile



ATB : antibiotiques, DXM : dexaméthasone, MB : méningite bactérienne, MV : méningite virale, PCT : procalcitonine. * Il n'y a pas d'indication à initier ou à continuer un traitement par dexaméthasone si un autre pathogène que *Haemophilus* ou le pneumocoque est identifié chez l'enfant, ou si un autre pathogène que le méningocoque ou le pneumocoque est identifié chez l'adulte.

ALGORIYHME DECISIONNEL DES MENINGITES

